

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1929 — N° 11

DU FONCTIONNEMENT

de la Clinique Obstétricale
de la Faculté d'Alger durant l'année 1927

Thèse

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Juin 1929

PAR

HUGON PIERRE

Né le 5 Mai 1897 à Paris (Seine)

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du premier âge.....	Président
CABANES, Professeur d'Anatomie médico-chi- rurgicale et Médecine opératoire.....	Juges
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	
HOUEL, Agrégé (Obstétrique).....	

ALGER
IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT
2, RUE MARIE-LEFEBVRE
1929

DU FONCTIONNEMENT

de la Clinique Obstétricale
de la Faculté d'Alger durant l'année 1927

Thèse

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Juin 1929

PAR

HUGON PIERRE

Né le 5 Mai 1897 à Paris (Seine)

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du premier âge.....</i>	<i>Président</i>
CABANES, <i>Professeur d'Anatomie médico-chi- rurgicale et Médecine opératoire.....</i>	} <i>Juges</i>
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie).....</i>	
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique).....</i>	

ALGER

IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT
2, RUE MARIE-LEFEBVRE

1929

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....	MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
DOYEN HONORAIRE.....	HERAIL (*, I. U).
ASSESEUR.....	GILLOT (I. U).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (*, I. U).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. U).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (*, U, A. U).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, A. U, U).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (*, U, A. U).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LOMBARD (U, I. U).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, U, I. U).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. U).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (*, I. U).
Hygiène, hydrologie et climatologie..	CHASSEVANT (O. * O. U, I. U).
Physiologie.....	TOURNADE (O. *, U, I. U).
Pharmacie.....	MUSO (I. U).
Chimie minérale et organique.....	N.
Médecine légale.....	GIRAUD (*, A. U, U).
Anatomie.....	LEBLANC (*, U, I. U).
Microbiologie et parasitologie.....	PINOY (*, I. U).
Physique médicale.....	PORTES (*, U, I. U).
Anatomie médico-chirurgicale et mé- decine opératoire..	CABANES (*, U, I. U).
Botanique et matière médicale.....	SENEVET (U, A. U).
Pathologie générale et pathologie médicale.....	AUBRY (*, A. U, U).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. U).	MM. HERAIL (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).	SOULIE (*, I. U).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes.....	MM. FUSTER (*, U, I. U).
Cours de cliniq. d'oto-rhino laryng.	ABOULKER (*, U).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	MM. DUBOUCHER.
Médecine.....	FERRARI (A. U).
Physiologie.....	POROT (A. U).
Anatomie.....	LEBON (*, U).
Chimie Médicale.....	HERMANN, U.
Obstétrique.....	RIBET (U).
Histologie.....	WUNSCHENDORFF (I. U).
Histoire naturelle pharmaceutique...	HOUEL (*, U).
	COURRIER (U).
	FOURMENT.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES CHERS DISPARUS

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MON FRÈRE

Je les réunis ici dans ma reconnaissance, eux qui m'ont si tendrement soutenu durant ces années d'efforts.

A MES GRANDS PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI JAHIER

Ancien Chef de Clinique Obstétricale à la Faculté d'Alger

Qui sut me décider à reprendre des études que je croyais abandonnées pour toujours, et qui, depuis, m'a constamment soutenu de ses conseils précieux et de son amitié profonde.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale

et de Puériculture du premier âge

Qui m'a accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance et auprès de qui j'ai toujours trouvé un accueil dont le souvenir ne saurait s'effacer.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma très vive reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET JUGE

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Alger

*Dont le brillant enseignement
d'obstétrique sera toujours pour
moi l'un des souvenirs les plus
vivants de mes études médicales.*

*Qu'il soit assuré de mes senti-
ments respectueux et reconnais-
sants.*

A MES JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR CABANES

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur d'anatomie médico-chirurgicale
et de médecine opératoire

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Alger

Hommages respectueux et reconnaissants.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la Maternité d'Alger a subi, grâce aux efforts de M. le professeur ROUVIER, puis de M. le professeur LAFFONT, des modifications qui en font actuellement la rivale heureuse des services hospitaliers analogues des plus grandes villes de France.

Nombre de nos camarades plus âgés que nous, nous parlent souvent de la Maternité d'il y a quelques années. La Salle DUBOIS était alors amplement suffisante pour hospitaliser les femmes en couches. Sur l'effectif des malades, un cinquième à peine était constitué par des femmes indigènes. L'importance du recrutement s'est sans cesse accru et chaque année des aménagements supplémentaires, des agrandissements nouveaux doivent être faits pour parer au manque de place et pour assurer l'aide nécessaire aux femmes qui viennent demander à nos Maîtres les soins éclairés qui ont fait la réputation de cet établissement.

Indépendamment des services internes déjà existant il y a quelque cinq ans, des consultations externes ont été créées, qui, très rapidement, ont pris une importance à laquelle on ne songeait guère tout d'abord. Malheureusement, la création et la pullulation d'œuvres sociales étrangères à l'Hôpital, dont nous ne saurions cependant nier l'utilité et la nécessité, portent un préjudice considérable au service de l'enseignement qui est un des rôles importants que peuvent jouer ces consultations hospitalières. Les consultations extrinsèques devraient être, croyons-nous, non pas un moyen d'accaparer et de détourner de l'hôpital les

malades qui ont besoin de soins, mais bien plutôt, comme cela se fait pour de nombreux services de spécialité, des organismes d'aiguillage et de répartition, permettant ainsi, par la concentration des efforts, de ne pas gaspiller les subventions souvent modestes qui sont attribuées à chacune d'elles.

En nous confiant ce travail, notre Maître, M. le Professeur LAFFONT, a voulu mettre en lumière par comparaison avec le travail analogue dû à M. le docteur BLANCHIN, les progrès réalisés par les différents services de la Maternité d'Alger, tant en ce qui concerne les services extérieurs de consultations que le service intérieur.

Notre travail sera donc divisé en trois parties dont la première sera l'étude du fonctionnement des services extérieurs :

Consultation des femmes enceintes,
Consultation de gynécologie,
Consultation des nourrissons,
Service social.

Dans la deuxième partie, nous étudierons le fonctionnement des organismes intérieurs : Salle DU-BOIS et Pavillon TARNIER.

Dans une troisième partie, nous rapporterons les études faites dans les services annexes : Laboratoire et Enseignement.

Enfin, nos conclusions seront un parallèle entre les chiffres recueillis dans la thèse de M. le docteur BLANCHIN et ceux des différents chapitres correspondants de ce travail.

PREMIERE PARTIE

SERVICE EXTÉRIEUR

CHAPITRE I

Consultations des femmes enceintes et de gynécologie

Consultations des femmes enceintes : tous les jours à toute heure.

Consultations de gynécologie : trois fois par semaine, mardi, jeudi et samedi matin.

Les soins sont donnés aussi les autres jours.

Comme nous l'avons dit plus haut, les consultations annexées à la Maternité sont de création relativement récente.

Il y a cinq ans, la consultation des femmes enceintes existait déjà, mais le nombre des femmes qui s'y présentaient était dérisoire et il fallut en arriver à l'organisation actuelle qui date maintenant de trois ans, pour voir le nombre des malades s'accroître de jour en jour, suivant une progression qui ne s'est jamais démentie.

Nous ne ferons pas de distinction entre la consultation des femmes enceintes et la consultation de gynécologie. Autrefois confondues, elles sont encore actuellement étroitement unies, mais l'importance de la consultation de gynécologie obligera, dans un avenir prochain, à lui accorder une certaine autonomie.

Il ne sera pas possible de les séparer radicalement. Nombreuses, en effet, sont les femmes qui, suivies un certain temps à la consultation des femmes enceintes, reviennent après la terminaison de

la grossesse pour recevoir des soins gynécologiques. Il n'est pas rare non plus, de voir des malades traitées pour stérilité ou une autre affection génitale devenir enceintes et s'adresser alors à la consultation des femmes enceintes.

La consultation des femmes enceintes a pris à la Maternité d'Alger une importance considérable en raison du rôle qu'elle joue dans le fonctionnement intérieur de l'établissement.

Véritable service de garde, pour les admissions à la Maternité, elle permet ainsi de faire ce que PINARD appelait si justement « la puériculture avant l'accouchement ». Nous ne saurions aussi manquer de signaler que, dans maintes circonstances, l'examen systématique des consultantes permet de dépister les affections à leur stade initial (cardiopathies, tuberculoses, pyélonéphrite, etc.) et de soumettre les malades à une surveillance attentive, à un traitement approprié, et souvent aussi de leur adresser aux services de spécialité dont relève leur cas.

Comme nous le verrons, plus loin, un rôle de première importance est aussi joué par la consultation des femmes enceintes dans la lutte anti-syphilitique. L'interrogatoire approfondi des consultantes permet souvent de mettre en lumière la probabilité d'une affection spécifique qui, bien traitée, n'entraînera plus par la suite les accidents si fréquents chez ces malades. Nous ne pouvons, faute de statistiques antérieures, montrer les résultats obtenus par ces traitements dans la lutte contre les avortements spécifiques, mais certains de nos anciens qui fréquentent encore le service, nous disent leur étonnement en voyant des femmes dont les accouchements antérieurs s'étaient terminés par des

avortements, mener enfin à terme une gestation peut-être un peu redoutée, mais aboutissant enfin à la naissance d'un enfant longtemps désiré.

Bien mieux, nous voyons souvent des femmes qui ont dans leur passé obstétrical un ou plusieurs enfants morts, venir à la consultation demander la fin de leur misère, encouragées en cela par l'exemple d'une amie ou d'une parente qui a réussi enfin à avoir un enfant vivant grâce « aux piqûres ».

C'est là, le plus bel éloge que l'on puisse faire des résultats obtenus et il n'est pas douteux que l'avenir apporte une confirmation de plus en plus manifeste de l'intérêt de continuer et d'intensifier, par tous les moyens possibles la propagande anti-vénérienne.

Pendant l'année 1927, 1443 femmes se sont présentées à la consultation des femmes enceintes et de gynécologie. Sur ce nombre,

495 étaient déjà suivies depuis plus ou moins longtemps,

948 venaient pour la première fois.

Parmi les anciennes, 195 femmes enceintes et 238 non enceintes furent reconnues indemnes de syphilis.

4 femmes enceintes et 5 non enceintes étaient atteintes de syphilis ancienne sans accident actuel.

33 femmes enceintes et 36 non enceintes, présentaient une syphilis ignorée avec accidents obstétricaux.

Parmi les nouvelles, 392 femmes enceintes, et 428 non enceintes furent reconnues indemnes de syphilis.

9 femmes enceintes et 17 non enceintes étaient atteintes de syphilis ancienne sans accidents,

50 femmes enceintes et 52 non enceintes présentaient une syphilis ignorée, avec accidents obstétricaux.

Nous arrivons donc ainsi au total de 206 femmes atteintes de syphilis ignorée ou évidente dont

96 enceintes et
110 non enceintes.

Les examens de laboratoire (Wassermann, Hecht) pratiqués systématiquement une ou plusieurs fois sur la même femme, donnaient les résultats suivants :

Sur 288 examens :

Résultats positifs 93,
Résultats négatifs 195.

Le nombre total des consultations données, tant en gynécologie qu'en obstétrique, s'élève à 4.525; dans ce nombre, sont compris les traitements par piqûres consistant particulièrement en

Injections d'arsénobenzènes	1313
Injections de sel de Bismuth	175

Sans vouloir anticiper sur les travaux statistiques qui seront faits ultérieurement à ce mémoire, nous croyons pouvoir indiquer que ces chiffres ont été notablement dépassés pendant l'année 1928. L'année 1929, déjà passablement avancée, montre aussi un progrès considérable surtout en ce qui concerne la consultation de gynécologie.

Le tableau suivant résume les données numériques de ce chapitre :

FEMMES VENUES A LA CONSULTATION	NOUVELLES		ANCIENNES	
	Enceintes	Non enceintes	Enceintes	Non enceintes
Indemnes de Σ —————	392	428	193	238
Σ ancienne sans accidents...	9	17	4	3
Σ ignorée avec accidents obstétricaux.....	50	52	33	36
	1.462			
Nombre total de consultations données... 4.525 (Traitement anti- Σ compris)				
Injections..	Arsenobenzènes 1313		1488	
	Sels de bismuth 175			

CHAPITRE II

Consultation des Nourrissons

Outre les deux consultations des femmes enceintes et de gynécologie, a été créée en 1926, sous la direction de M. le docteur BINET, ancien Chef de Clinique, une Consultation des Nourrissons, destinée aux seuls enfants nés à la Maternité.

Ce Service comprend :

1° Les soins donnés aux nouveau-nés et aux nourrissons nés et hospitalisés avec leur mère à la Clinique obstétricale ;

2° Une consultation externe réservée aux seuls enfants nés à la clinique et dont l'état de santé nécessite une surveillance attentive qui ne peut, souvent, leur être assurée en raison de l'indigence des parents.

De même que les autres consultations, ce service a pris, dès les premiers jours de son organisation, une importance qui témoignait de sa nécessité.

En effet, dès l'année 1926, pendant les sept mois et demi de fonctionnement, et malgré une interruption de plus d'un mois, en septembre-octobre, le nombre d'enfants inscrits s'éleva à 257 avec 472 consultations.

En l'année 1927, qui nous intéresse plus particulièrement, ces chiffres se sont respectivement élevés à 402 et 1887.

Sans vouloir entrer dans le détail des chiffres, signalons que, pour 1928, les nouveaux inscrits sont au nombre de 492, avec 2.468 consultations.

Les affections plus particulièrement traitées ont été, en première ligne, les troubles gastro-intestinaux dûs à un mauvais réglage par ignorance, ou à une mauvaise qualité du lait dans les cas d'allaitement artificiel.

En second lieu, viennent les cas d'hérédo-syphillis, traités :

- soit par des injections de sulfarsénol,
- soit par des frictions mercurielles,
- soit par un traitement mixte.

Enfin, signalons aussi le traitement préventif de la tuberculose par l'administration de B.C.G. qui est fait sur une très grande échelle.

Notons que, malgré une stagnation assez nette du nombre d'accouchement et d'inscription de nouveau-nés, le nombre des consultations augmente de jour en jour, montrant ainsi l'importance de cette consultation et la nécessité d'attirer sur elle l'attention de ceux qui ont en leur pouvoir d'assurer sa vitalité, et, mieux encore, son développement toujours plus grand.

CHAPITRE III

Service social

Peu de temps après la réorganisation des consultations, a été créé à la Maternité d'Alger un Service supplémentaire dont l'intérêt ne saurait échapper à notre époque d'entr'aide mutuelle et de dévouement.

Un poste d'infirmière-visiteuse attachée à la Maternité a été créé le 1^{er} août 1926, dont les attributions s'étendent dans un cadre extrêmement vaste.

L'infirmière-visiteuse doit, en effet, jouer un rôle à la fois moral et matériel. Elle doit pour chaque femme accouchée à la Maternité, dresser une fiche de renseignements qui permette le cas échéant, de la suivre et de l'aider.

Agent de liaison avec le Service de l'Assistance, elle doit aussi s'occuper des filles mères et de plus, après enquête sur les moyens de subsistance de la femme, contribuer à lui apporter l'aide matérielle immédiate qu'il sera possible de lui donner (don de layette, placement, etc...).

De plus, l'infirmière-visiteuse a aussi pour fonction, dans ses visites dans la haute ville musulmane, de repérer d'une part les femmes atteinte d'affections gynécologiques, d'autre part, les femmes atteintes de malformations pelviennes et de les adresser aux consultations de la Maternité.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce service et nous croierions avoir fait œuvre utile si ce modeste chapitre attirait sur lui l'atten-

tion des pouvoirs publics et les engageait à en accroître l'importance.

Depuis cette époque, grâce à des initiatives privées, s'est créé un organisme supplémentaire : l'Œuvre de la Maternité, sous la Présidence d'Honneur de M. le Gouverneur Général et de Madame BORDES et sous la présidence effective de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT.

Cette Société a pour but d'améliorer moralement et matériellement le sort des femmes en couches et en traitement à la Maternité d'Alger, sans distinction de races ni de religion.

Nous ne saurions, non plus, manquer de signaler l'aide apportée à la lutte anti-vénérienne à la Maternité d'Alger par l'Office d'Hygiène Sociale de Paris qui, en 1927, a contribué pour la somme de 8.140 fr. à la lutte contre ce fléau.

DEUXIEME PARTIE

SERVICE INTÉRIEUR

A. — SALLE DUBOIS ET ANNEXES

CHAPITRE I

Accouchements

L'organisation de la Maternité d'Alger relative aux accouchements et aux opérations, comprend la salle Dubois et les salles d'isolement en surélévation de l'aile Sud, dont la construction ne fut achevée qu'en 1928. Sur ce même étage se trouvent également les salles d'opérations et de travail.

Nous divisons notre étude des accouchements, c'est-à-dire du fonctionnement de la salle Dubois et de ses annexes, en 5 parties que nous énumérons ci-dessous :

- Présentation du Sommet.
- Présentation du Siège.
- Présentation de la Face.
- Présentation de l'Epaule.
- Gestations multiples.

a) **Présentation du sommet.**

Pendant l'année 1927, 441 femmes accouchèrent spontanément à la Maternité d'Alger en présentation du Sommet. Nous ne pouvons, étant donné leur nombre, rapporter les N^{os} des observations et nous ne discuterons pas davantage les petits incidents rencontrés au cours de l'accouchement tels que déchirure du périnée, circulaires, etc...

Nationalité. — Ces 441 femmes se répartissent en
56 indigènes ;
384 européennes ;
Une javanaise.

Age. — Si nous faisons une distinction des âges
de ces différentes parturiantes, nous trouvons :

78	femmes	de 15 à 19 ans.
123	—	de 20 à 24 ans.
127	—	de 25 à 29 ans.
64	—	de 30 à 34 ans.
29	—	de 35 à 39 ans.
17	—	de 40 à 44 ans.
1	—	de 45 ans.

Les deux extrêmes sont représentés par une
jeune mère indigène de 14 ans et par une euro-
péenne de 49 ans.

Parité. — Ces 441 femmes se répartissent en
206 primipares et
235 multipares.

Sexe des enfants. — Nous éliminons immédiate-
ment sans tenir compte de leur sexe, 16 fœtus,
morts avant ou pendant l'accouchement.

Sur les 425 restant, 206 étaient des filles,
219 des garçons.

Variété de position. — Ces 425 accouchements
ayant donné lieu à la naissance d'enfants vivants
se répartissent en :

O. I. G. A.....	273
O. I. D. P.....	103
O. I. G. P.....	21
O. I. D. A.....	28

b) Présentation du siège.

Nationalité. — La présentation du siège s'est rencontrée dans 32 cas.

Ces 32 femmes se répartissent en :

Européennes 26.

Musulmanes 6.

Age. — Si nous faisons une distinction entre les âges nous trouvons :

11 femmes de 20 à 24 ans.

8 » de 25 à 29 ans.

9 » de 30 à 34 ans.

3 » de 35 à 40 ans.

et une femme de 41 ans.

Parité. — Cette distinction donne :

16 primipares.

16 multipares.

Sexe des enfants. — Comme nous l'avons fait pour le sommet, nous éliminons, sans tenir compte de leur sexe, 8 fœtus morts avant ou pendant l'accouchement.

Sur les 24 restant, 11 étaient des garçons,

13 étaient des filles.

Variété de positions. — Les accouchements ayant donné lieu à des enfants vivants: se répartissent en :

S. I. D. A. 11

S. I. G. A. 8

S. I. G. P. 3

S. I. D. P. 2

Présentation :

Complet 7.

Décompleté mode des fesses 15.

Décompleté mode des pieds 2.

Dans 5 cas fut pratiquée la petite extraction.

Nota. — La syphilis a été décelée dans 7 cas: (obs. 1175, 1186, 1440, 1470, 1519, 1912 et 2093).

c) Présentation de la face.

Observation 1867. — Primipare, 28 ans, en travail depuis 3 heures. Présentation de la face fixée au détroit supérieur en M.I.D.P. Souffrance fœtale, œdème du col dilaté comme 5 francs. Incision du col, application du forceps de Dèmelin. Enfant vivant, présentant un enfoncement du pariétal gauche facilement réduit par le procédé du tire-bouchon. Mort 48 heures après avec un syndrome de graves lésions traumatiques de l'encéphale.

Observation 2033. — Primipare, 26 ans. Face en M.I.D.P. engagée. Episiotomie. Enfant vivant.

d) Présentation de l'épaule.

Observation 1360. — Européenne 24 ans, multipare syphilis. A.I.D.A. Version par manœuvres internes. Proevia anatomique. Garçon vivant.

Observation 1412. — Européenne 43 ans, grande multipare. A.I.D.A. Transformée en présentation de la tête. Impossibilité d'obtenir la flexion par manœuvres externes. Accouchement en front. Episiotomie. Fille vivante.

Observation 1492. — Européenne 23 ans, multipare. A.I.G.A. Poche des eaux rompue en ville. Procidence d'un bras. Lac sur la main. Braxton-Hicks. Fille vivante.

Observation 1507. — Musulmane 35 ans, multipare. A.I.D.A. Procidence du cordon. Fœtus mort. Décollation. Hémorragie par rupture sous-péritonéale de l'utérus. Méthode de Henkel.

Observation 1664. — Européenne 29 ans, primipare. A.I.D.A. Procidence du cordon. Braxton-Hicks. Basiotripsie sur tête dernière. Incision du col. Délivrance artificielle. Utérus cordiforme. Guérison.

Observation 1676. — Européenne 40 ans, multipare 6 mois. Ballon de Champetier de Ribes. Braxton-Hicks. Rétraction de l'anneau de Bandl. Mort-né.

Observation 1770. — Européenne 35 ans, multipare. A.I.G.P. Procidence du cordon. Version podalique par manœuvres internes. Fille vivante.

Observation 1857. — Européenne 33 ans, multipare. A.I.G.P. Version podalique par manœuvres internes. Proevia clinique. Garçon vivant.

Observation 1900. — Musulmane 37 ans, grande multipare. A.I.G.A. Procubitus du bras gauche. Version podalique et grande extraction. Fœtus mort et macéré. Décès de la mère.

Observation 1948. — Européenne 34 ans, multipare. Syphilis. A.I.G.A. Procubitus d'un bras et procidence du cordon. Embryotomie sur fœtus mort. Délivrance artificielle.

Observation 2154. — Européenne 32 ans, multipare. Syphilis A.I.G.A. Braxton-Hicks. Rétraction de l'anneau de Bandl. Garçon vivant.

e) Gestations multiples.

Nous avons eu 8 grossesses gemellaires bi-vitellines et 3 grossesses uni-vitellines.

Grossesses bi-vitellines :

Observation 2177. — Primipare. Syphilis, hydramnios. Accouchement prématuré. Forceps sur le premier enfant et accouchement spontané du deuxième. Mort des deux enfants. Hémorragie grave de la mère nécessitant la délivrance artificielle.

Observation 1998. — Multipare. Forceps sur le deuxième enfant. 2 filles vivantes. Délivrance artificielle.

Observation 1272. — Multipare. Syphilis. 2 sommets. Enfants vivants.

Observation 1202. — Multipare. Un sommet et un siège : 2 garçons vivants.

Observation 1230. — Multipare indigène. Premier fœtus né par le sommet en ville, mort au quatrième jour de tétanos. 2^e fœtus, présentation de l'épaule : embryotomie.

Observation 1252. — Multipare. Sommet et siège : deux filles vivantes.

Observation 1875. — Multipare. Un garçon vivant et un fœtus papiraceus.

Observation 1999. — Multipare. Deux sommets. Forceps sur le 2^e. Deux filles vivantes.

Grossesses uni-vitellines :

Observation 2173. — Primipare. Syphilis. Inertie utérine, forceps sur le premier, grande extraction du deuxième. Deux filles vivantes.

Observation 1937. — Femme entrée en état d'urémie, un siège et un sommet : deux garçons vivants. Mère décédée peu après.

Observation 1182. — Multipare. Hydramnios aigu au quatrième mois. Délivrance artificielle.

CHAPITRE II

Mort du Fœtus

(N° 1175, 1203, 1209, 1216, 1230, 1247, 1280, 1317, 1722, 1343, 1354, 1421, 1437, 1440, 1444, 1466, 1491, 1523, 1629, 1649, 1660, 1664, 1676, 1728, 1735, 1739, 1761, 1766, 1797, 1846, 1860, 1866, 1900, 1944, 1949, 1788, 2002, 2022, 2054, 2071, 2087, 2095, 2028, 2042, 2046, 2159, 2177, 2193, 2227, 2273, 2279).

1° Nous n'avons pas fait de distinction dans ces cas de mort de fœtus entre les morts avant l'accouchement et celles qui se sont produites au cours du travail;

2° On retrouvera sous plusieurs rubriques les mêmes observations, car, dans un certain nombre de cas, plusieurs causes susceptibles d'être responsable de la mort, ont coïncidé sans qu'il ait été possible de faire la part que chacune d'elle avait prise dans la terminaison malheureuse de la gestation.

Dans deux cas (2146, 2273), la cause de la mort du fœtus ne put être décelée. Une insuffisance cadéo-rénale se manifesta dans un cas (1343) et détermina l'expulsion d'un fœtus mort avant l'entrée dans le service et le décès de la mère peu après l'accouchement.

Dans un cas (1944), la mère présentait à la fois un diabète caractérisé et des symptômes cliniques et hématologiques de syphilis.

Dans trois cas, on put déceler dans les urines

de la mère des quantités notables d'albumine. Un de ces cas (1728) était pur ; un autre (1739) était compliqué d'emphysème pulmonaire ; dans le troisième cas, enfin (2071), la spécificité avait aussi joué un rôle évident, le fœtus était macéré.

L'éclampsie entre dans notre statistique pour 5 cas parmi lesquels trois (1491, 1797, 2095) étaient purs ; dans un cas (1649), la malade présentait un bassin limite, et, de même que dans le cas suivant, la syphilis put être décelée chez elle. Dans ce dernier cas d'ailleurs (2159), l'examen des annexes de l'œuf montra l'existence d'un placenta proevia anatomique.

La syphilis, la grande avorteuse, devait aussi jouer un rôle important. Elle se rencontre dans vingt cas, seule ou en association avec d'autres causes qui ont pu, elles aussi, jouer leur rôle dans la terminaison de la gestation. 12 cas (1175, 1421, 1440, 1626, 1766, 1988, 2087, 2128, 2142, 2177, 2193, 2227) lui sont imputables personnellement.

Une fois (2177), il s'agissait de grossesse gémellaire qui se termina par l'accouchement d'un premier fœtus vivant en présentation du sommet ; le deuxième fœtus mourut au cours de l'accouchement par dystocie de présentation (présentation de l'épaule).

Dans un autre cas (1988), il se produisit une rupture utérine qui entraîna la mort de la mère. Les huit autres cas sont constitués par des associations les plus diverses : présentation dystocique (1216, 1866), albuminurie (1322, 2071), placenta proevia (1364, 2159), diabète (1944), éclampsie (1649, 2159).

Entrent maintenant en ligne de compte tous les cas dûs à des dystocies, quelles soient ovulaires ou maternelles.

a) Nous avons tout d'abord un cas d'ostéomalacie (1466) dans lequel la mort de la mère fut la suite de l'infection utérine; elle était entrée dans le service après un long travail en ville, avec rétention de la tête dernière.

Dans huit cas le bassin rétréci ou aplati fut la cause de la mort du fœtus. Les cas 1203, 1317 et 1946, étaient des cas simples. Dans un cas (1523), la dystocie peut être rapportée tant au rétrécissement pelvien qu'au volume du fœtus. Une fois (1649), le bassin limite aurait permis l'accouchement sans les complications amenées par des phénomènes d'éclampsisme et d'œdème dur du col utérin. Dans deux autres cas encore (1209 et 2002), les parties molles jouèrent un rôle par œdème du col. Enfin, le cas 2054, était compliqué de fibrome utérin.

Trois cas de dystocie des parties molles doivent encore être signalés:

- observation 1860, avec rigidité isolée du col,
- observation 2279, avec œdème du col compliqué d'inertie utérine et

- observation 1247 dans laquelle le bassin osseux présentait une conformation normale alors que tout le tractus génital présentait une hypotrophie des plus marquées.

b) Il nous reste, enfin, à rapporter les cas de dystocie tenant à l'œuf: placenta proevia, gros enfant, grossesse gemellaire, présentation dystocique.

La première de ces complications, le placenta proevia, se trouve dans six cas (1280, 1354, 1660, 1735, 1761, 1941); l'un d'eux (1280) se termina par la mort de la mère et de l'enfant; le cas 1354 était compliqué de syphilis; le cas 1660 de paludisme.

Nous avons déjà signalé la co-existence d'un gros enfant avec un bassin rétréci (1523); dans un

autre cas (1444), le fœtus du poids de 4 k. 700 mourut avant l'entrée de la mère à l'hôpital, après plusieurs prises de forceps restées sans résultat. Un seul cas de grossesse gémellaire s'est présenté dont nous avons déjà parlé (1230) ; le premier fœtus fut expulsé vivant en présentation du sommet, le second, en présentation de l'épaule, mourut avant l'expulsion.

Pour clore ce chapitre, sept cas de présentation dystocique ou anormale doivent être rapportés. Nous venons déjà de signaler une présentation de l'épaule ; quatre autres cas (1664, 1676, 1900, 2022) furent aussi en cause. Dans un cas (1437), le fœtus se présentait en siège mode des fesses; dans un cas enfin (1866) il s'agissait d'une présentation de la face chez une malade syphilitique.

CHAPITRE III

Avortements dans le Service

Nous placerons dans ce chapitre les observations de femmes expulsant à la Maternité le produit de la conception dans les 6 premiers mois de la grossesse. Nous en séparons les observations de celles venues se faire traiter pour des suites d'avortements ayant eu lieu en ville.

(N^{os} 1248, 1261, 1285, 1289, 1316, 1428, 1459, 1522, 1552, 1548, 1578, 1630, 1648, 1674, 1691, 1721, 1751, 1821, 1950, 1980, 2130, 2203, 2233, 2265, 2266, 1351, 1441, 1528, 1529, 1549, 1561, 1599, 1601, 1607, 1696, 1709, 1757, 1782, 1791, 1792, 1794, 1883, 2023, 2045, 2289).

Six de ces avortements furent provoqués dans le service, en raison d'une affection ou d'un accident grave qui mettait en danger la vie de la mère. Dans deux cas (1980, 2266), il s'agissait d'anémie pernicieuse. Une fois (2203), des hémorragies graves dont la cause ne put être décelée étaient en jeu. Une fois, l'indication fut donnée par des phénomènes fébriles dus à l'infection secondaire d'une fistule de néphrostomie (1441) ; dans le cinquième cas, il s'agissait de vomissements graves du début de la grossesse (1549). Enfin, l'indication fut donnée dans le sixième cas (1648), par une cardiopathie décompensée (insuffisance mitrale).

Les trente-sept autres cas se répartissent de la façon suivante :

Dans quatorze cas, la cause ne put être décelée

(1316, 1351, 1499, 1601, 1607, 1630, 1674, 1691, 1696, 1709, 1721, 1751, 2023, 2265) ;

Un cas peut être rapporté à une rétro-déviatiou irréductible (1289) ;

Une maladie infectieuse grave, la typhoïde, compte un de ces avortements à son actif (2289) ;

L'intoxication gravidique intervient dans deux cas (1428, 1552) ;

Un cas de décollement prématuré du placenta doit aussi être noté ;

Dans une observation, une pyélonéphrite fut responsable à la fois de l'avortement et de la mort de la mère (1959).

Quoi qu'il ne puisse, à proprement parler, s'agir d'avortement, nous avons placé ici deux cas d'expulsion de môle hydatiforme, l'un au troisième mois (1561), l'autre au quatrième mois (1883).

Enfin interviennent maintenant les trois grandes causes d'interruption de la grossesse : les manœuvres, la syphilis, le paludisme.

Aux manœuvres, peuvent vraisemblablement être attribués quatre cas (1261, 1522, 1552, 2233). Signalons que chez l'une de ces malades, on put noter l'existence de noyaux fibromateux multiples.

La syphilis joua un rôle manifeste dans sept cas (1429, 1548, 1757, 1782, 1821, 2045, 2130). Chez l'une de ces malades il s'agissait de syphilis tertiaire avec localisation aortique.

Le paludisme, enfin, joue le rôle important auquel on doit normalement s'attendre en Algérie et intervient dans 8 cas (1248, 1285, 1528, 1529, 1791, 1792, 1794, 2130).

Au point de vue de la grossesse, nous avons cru bon de distinguer entre les avortements pendant le premier et le deuxième trimestre :

19 se produisirent du premier au troisième mois,
23 du quatrième au sixième.

CHAPITRE IV

Gestations Ectopiques

14 grossesses extra-utérines ont été diagnostiquées dans le service.

2 ont quitté le service sans accepter l'opération (1815 et 1869).

2 ont constitué des hématocèles rétro-utérines guéries par le traitement médical (1283 et 1287).

8 ont guéri après salpingostomie (1513, 1521, 1586, 1659, 1237, 1896, 2147 et 1447).

Une femme entrée mourante succomba pendant les préparatifs de transfusion après salpingectomie (2021).

Une grossesse rompue dans le ligament large nécessita l'hystérectomie sub-totale (1665).

En somme, 12 grossesses ectopiques traitées avec un décès.

CHAPITRE V

Complications de la Gestation

1° ETATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX

a) **Pyélonéphrite gravidique.**

Treize pyélonéphrites gravidiques furent suivies et traitées.

L'une (1218) s'accompagnait de lithiasé rénale.

2 (1620 et 2064) existaient dans le rein restant après néphrectomie antérieure pour pyonéphrose.

Une femme (1950) accoucha spontanément dans le 6^e mois d'un fœtus non viable.

Les autres (1201, 1416, 1469, 1555, 1658, 1864, 1769, 1839 et 1902) accouchèrent toutes à terme spontanément.

Le traitement consista en repos au lit, régime, antiseptiques urinaires, distension vésicale. Pour l'une seulement (1204), il fallut procéder à plusieurs lavages du bassin.

b) **Bacillose.**

5 femmes tuberculeuses sont entrées à la Maternité pour accoucher.

4 accouchements spontanés (1591, 1512, 1520, 1899) et une application de forceps (1518) pour surmenage maternel.

Un enfant (1591) mourut peu après sa naissance.

2 femmes moururent de granulie le mois suivant (1518 et 1520).

Le vaccin B.C.G. a été administré à tous les enfants nés vivants.

c) Cardiopathies.

8 cas, dont trois cas de rétrécissement mitral (1215, 1973 et 2143), trois cas d'insuffisance mitrale (1543, 1430 et 1648), et une maladie mitrale (1423).

Il fallut pratiquer un avortement thérapeutique dans le 6^e mois pour asystolie : suites favorables (1648).

Une femme musulmane de 30 ans, entrée dans le service en pleine asystolie après l'accouchement d'un fœtus en ville, mourut quelques heures après ainsi que son enfant (1343).

d) Maladies infectieuses.

8 cas de paludisme coïncidant avec la grossesse ont été traités par la quinine et se sont terminés par des accouchements à terme dans les conditions normales (1662, 1669, 1692, 1778, 1805, 1931, 1936 et 2004).

Un cas de méningite cérébro-spinale à staphylocoques (1588). Accouchement spontané au 8^e mois. Fœtus mort dans le sang duquel pousse le staphylocoque. Décès de la mère peu après.

e) Syphilis.

La syphilis si fréquente en Algérie, devait fournir un contingent important à la pathologie de la gestation.

Nous la rencontrons, en effet, formellement diagnostiquée dans 81 cas dont

13 chez des musulmanes, et

68 chez des européennes.

Notons en passant que parmi ces dernières une place toute particulière fut occupée par les Israélites.

Nous ne pouvons rapporter ici, étant donné leur

nombre, les numéros de toutes les observations se rapportant à ces cas de spécificité. Nous allons simplement signaler rapidement les anomalies les plus importantes qui ont été rencontrées :

Grossesses gémellaires, 3.

Grossesses extra-utérines, 1.

Présentation de l'épaule, 1

Présentations du siège, 7.

Accouchements prématurés, 12.

Eclampsisme, 3.

Expuls. d'enfants morts et macérés, 13.

Hydrocéphalie, 2.

Malformation congénitale, 2.

Observation 1975. — Gueule de loup et polydactylie avec appendice digital auriculaire.

Observation 1912. — Imperforation annale.

f) **Maladies diverses.**

Un cas de diabète (1944) avec expulsion d'un fœtus macéré.

Un cas d'hématémèse (2108) chez une femme enceinte de 7 mois qui mourut immédiatement après son entrée dans le service.

2° ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES

a) **Vomissements graves.**

6 cas, dont cinq (1894, 1533, 1546, 1862, 1931) pour lesquels l'état général, quoique altéré, justifiait le traitement médical qui consiste surtout en isolement, psychothérapie, purgations et régime. Résultats immédiatement satisfaisants.

Dans un cas (1549), après l'échec de ces procédés et devant l'aggravation très rapide de l'état général, il fallut procéder à l'évacuation de l'utérus par le curettage. Guérison.

b) Eclampsie.

Parmi toutes les complications de la gestation, une des plus graves et des plus dramatiques est, sans nul doute, l'éclampsie.

Sa pathogénie est encore inconnue mais il semble bien qu'elle soit due à une intoxication ; c'est ce qui explique que de tout temps, on ait traité ces manifestations convulsives par la saignée. Vers 1905, cette méthode thérapeutique s'adressa de plus à l'hypertension constante mise en lumière par AMBARD.

Au fur et à mesure de leur découverte, les anesthésiques, les analgésiques, les hypnotiques furent tour à tour employés.

A la Maternité d'Alger, M. le Professeur ROUVIER essaya en 1910 le traitement de l'éclampsie par la morphine et, jusqu'en 1927, ce fut le traitement uniformément employé dans de telles circonstances.

A cette époque, sous la direction de M. le Professeur agrégé HOUEL, M. le Docteur LARRIBÈRE fit dans le service de M. le Professeur LAFFONT les expérimentations au moyen du Somnifène.

5 cas (1457, 1506, 1870, 1987, 2119) furent traités par cette méthode et donnèrent des résultats tels que l'emploi en fut continué avec un succès toujours aussi favorable.

Nous ne pouvons, sur ce sujet, que renvoyer au travail de M. le Docteur LARRIBÈRE : Traitement de l'Eclampsie par le Somnifène (*Thèse* Alger, 1928).

c) Eclampsisme.

Nous ne pouvons manquer de mentionner ici que furent observés dans le service un certain nombre de cas d'éclampsisme.

Nous n'entrerons pas davantage dans les détails des observations, le seul traitement dont relevait ces cas étant d'ordre purement diététique.

18 observations (2159, 2095, 1937, 1875, 1619, 1616, 1635, 1232, 1485, 1491, 1527, 1552, 1649, 1689, 1797, 2025, 2093, 2095).

3° ŒUF

a) Hydramnios.

14 cas dont 7 chez des femmes atteintes de syphilis (observations 2177, 2193, 2142, 2065, 1765, 1200 et 1440).

1 cas chez une femme atteinte de diabète grave (1944).

Et 6 dont la cause ne peut être déterminée (2088, 2091, 2118, 1489. 1361 et 1182).

Nous notons 5 fœtus macérés à l'actif de 4 femmes syphilitiques et une diabétique.

b) Insertion du placenta sur le segment inférieur.

13 cas de placenta proevia clinique, dont 9 ont donné lieu à un accouchement spontané.

(Observation 2259, 1354, 1362, 1418, 1552, 1637, 1660, 1825 et 1857).

dont un a donné lieu à un accouchement provoqué.

Observation 2078. — Européenne 34 ans, multipare. S.I.D.A. 8^e mois. Dilatation de Bonnaire. Braxton-Hicks. Fœtus mort-né. Délivrance artificielle.

et dont 3 se terminèrent par une césarienne :

Observation 1735. — Européenne 25 ans, multipare. Césarienne classique. Enfant mort.

Observation 2073. — Européenne 25 ans, primipare. Césarienne classique. Fille vivante. Mère décédée de péritonite septique.

Observation 1387. — Européenne 25 ans, primipare, placenta centro-partiel. Césarienne corporeale. 2 transfusions. Fille vivante.

CHAPITRE VI

Complications de la Parturition

VICIATIONS PELVIENNES

53 observations portent une indication de malformations pelviennes que nous allons ici rapporter succinctement en énumérant les différentes catégories de viciation.

Les opérations auxquelles ces anomalies squelettiques maternelles ont pu donner lieu, ont déjà été étudiées au chapitre « **opérations** » auquel on pourra se rapporter.

Bassin généralement rétréci 20.

- » transversalement rétréci 9.
- » généralement rétréci et aplati 9.
- » aplati 10.
- » asymétrique 4.

Cette même année, il nous fut donné d'observer un cas de relâchement douloureux des symphyses.

Observation 1260. — Européenne 23 ans, primipare. Suspecte de bacillose. Accouchement en O.I. G.A. Dégagement en occipito-pubienne. Travail de 19 heures. Enfant vivant.

PROCIDENCE DU CORDON

Rencontrée dans 7 cas.

Observation 1186. — Europ. 25 ans, multipare. Syphilis. Siège. Procidence du cordon. Basiotripsie sur enfant mort. Délivrance artificielle.

Observation 1216. — Europ. 22 ans, primipare. Procidence du cordon et d'un pied. Tête dans la fosse iliaque. Braxton-Hicks. Fœtus mort-né.

Observation 1325. — Europ. 27 ans, primipare. Bassin aplati. Procidence du cordon. Siège décompleté mode des pieds. Extraction après incision du col. Délivrance artificielle. Enfant vivant. Suites fébriles.

Observation 1664. — Europ. 29 ans, multipare. Présentation de l'épaule. Procidence du cordon. Braxton-Hicks. Basiotripsie sur enfant mort. Délivrance artificielle.

Observation 1770. — Europ. 35 ans, multipare. Présentation de l'épaule. Procidence du cordon. Version par manœuvres internes. Fille vivante.

Observation 1846. — Europ. 20 ans, primipare. Procidence du cordon. Césarienne supra-symphysaire. Fille mort-née. Suites favorables pour la mère.

Observation 2022. — Europ. 33 ans, multipare. Présentation de l'épaule. Procidence du cordon. Tentatives de version en ville. Rupture utérine intra-péritonéale. Hystérectomie. Mort de l'enfant. Suites favorables pour la mère.

RUPTURE UTÉRINE

Observation 2022. — Détaillée ci-dessus. Mort de l'enfant. Suites favorables pour la mère.

Observation 2235. — Europ. 29 ans, multipare. Fœtus hydrocéphale. Rupture utérine. Hystérectomie. Mort de la mère et de l'enfant.

CHAPITRE VII

Complications de la Délivrance

HÉMORRAGIE UTÉRINE.

Parmi les complications de la délivrance, l'une des plus impressionnantes et certainement aussi l'une des plus graves dans ses conséquences immédiates est bien certainement l'hémorragie utérine.

Des procédés et des traitements sans nombre ont été imaginés pour parer à ce grave accident.

Depuis quelques années seulement, une méthode venue d'Allemagne a permis d'apporter dans ces véritables drames qui se déroulent en l'espace de quelques minutes, un dénouement plus favorable qu'autrefois.

A la Maternité d'Alger, le procédé a commencé à être mis en œuvre en 1927, année pendant laquelle nous relevons trois cas de ce genre (obs. 1318, 1507, 2259).

Nous nous proposons de donner un simple aperçu sur le procédé, un travail d'ensemble plus détaillé devant être fait comme thèse inaugurale par un de nos camarades.

Nous savons combien sont encore nombreux les cas de mort survenus par suite d'hémorragie foudroyante post-partum et le chiffre noté par STÖCKEL est impressionnant: 582 cas de mort dûs à l'hémorragie sur 100.000 naissances; aussi, nombreux ont été les procédés et moyens qui ont été préconisés pour combattre cette complication redoutable de la parturition.

A la Clinique obstétricale de la Faculté d'Alger, nous estimons que le procédé de HENKEL mérite d'attirer l'attention de tout accoucheur et nous l'employons avec succès.

C'est depuis 1902 que HENKEL combat les fortes hémorragies utérines post-partum par compression bilatérale du paramètre, à l'aide de deux pinces de Museux: On déprime la fourchette par une valve courbe de Doyen, et on saisit avec deux pinces de Museux la lèvre antérieure et postérieure du museau de tanche que l'on attire à la vulve. Puis on opère une traction vigoureuse vers un côté et, à l'aide d'une pince de Museux, sur le côté opposé du col, on embrasse le pied du ligament large où se trouve l'artère utérine, on ferme alors la pince dont les griffes s'enferment dans la musculature utérine.

On procède de même de l'autre côté.

On pratique à la gaze iodoformée, un léger tamponnement du vagin, afin d'éviter que le poids des pinces provoque des escharres dans les tissus vaginaux altérés par l'anémie.

Après 24 heures, on ouvre les pinces que l'on retire définitivement si aucune hémorragie ne se manifeste.

Tel est le procédé qui a été employé par HENKEL. M. le professeur LAFFONT et le docteur LARRIBÈRE ont apporté une modification à cette méthode et c'est elle qui est utilisée à la Maternité d'Alger.

Les pinces de Museux sont remplacées par des pinces Clamps et sont placées au ras du col, le plus profondément possible sur le pied des ligaments larges.

M. le Professeur LAFFONT étudie actuellement un modèle spécial de pinces qui servira à atteindre plus facilement l'artère utérine par une courbure

appropriée. Nous n'entrerons pas dans les détails de la topographie de cette instrument.

Les résultats obtenus ont été excellents en ce sens que l'hémorragie a été maîtrisée instantanément et nous n'avons jamais constaté de lésions des viscères ou organes avoisinant l'utérus: vessie, uretère, anse intestinale.

Ce procédé doit être employé dans tous les cas d'inertie totale après la délivrance, cas où les ocytociques n'ont pas le temps d'agir, étant donné la gravité de l'hémorragie ; prophylactiquement après la délivrance chez des malades anémiés par un placenta proevia à allure grave durant le travail.

Les résultats favorables obtenus dès le début de l'utilisation de cette méthode, ont engagé nos Maîtres à l'employer plus fréquemment. Les succès obtenus depuis n'ont pas démenti les espoirs fondés sur ce procédé et il est permis de penser que l'avenir apportera encore une confirmation toujours plus grande de la valeur de cette technique.

CHAPITRE VIII

Opérations

a) Hystérectomie :

L'hystérectomie sub-totale a été pratiquée à la Maternité 24 fois au cours de l'année pour des causes purement obstétricales ou gynécologiques.

C'est ainsi que l'existence de fibrome utérin a imposé 6 fois cette opération (1385, 1184, 1463, 1627, 1918, 2057) avec 6 guérisons.

9 fois la salpingite bi-latérale fut l'indication de l'hystérectomie.

Mais à côté de ces résultats extrêmement favorables, nous devons souligner la gravité particulière des hystérectomies obstétricales pratiquées soit au cours du travail, soit dans les suites de couches ou d'avortement.

L'hystérectomie au cours du travail fut pratiquée une fois pour coïncidence de gros fibrome proevia et de bassin rétréci avec enfant macéré : guérison (2054).

Une fois l'hystérectomie pratiquée pour infection amniotique très grave n'empêcha pas l'issue fatale rapide (2101).

Une autre pour décollement prématuré du placenta normalement inséré coïncidant avec un fibrome proevia du vagin, macération fœtale. L'opération n'empêcha point la marche implacable de l'intoxication gravidique.

Une quatrième fois, l'hystérectomie succéda à une césarienne en raison de l'infection consécutive à un obstacle cervico-vaginal. Décès de la mère (2277).

En somme, sur 4 hystérectomies pratiquées au cours du travail, trois morts, ce qui souligne bien la gravité de ces cas dans lesquels le terrain soit infecté (infection amniotique), soit intoxiqué (albuminurie), ne permet pas les succès que donne, dans les mêmes mains, l'hystérectomie faite à froid chez des femmes non gravides.

Une hystérectomie pratiquée dans les suites de couches (1466) 48 heures après une basiotripsie sur tête retenue derrière dans un bassin ostéo-malacique, n'empêcha pas l'issue fatale de la maladie.

De même, une hystérectomie pratiquée après un avortement provoqué au cours d'une infection puerpérale à staphylocoques, hystérectomie accompagnée de la ligature de la veine cave inférieure, se termina par le décès.

L'hystérectomie fut également pratiquée 3 fois pour rupture utérine avec deux guérisons (1353, 1666 et 2022).

b) **Césariennes :**

La *Césarienne corporéale* classique a été pratiquée 8 fois.

Un fois pour bassin généralement rétréci et aplati. Enfant vivant, mère guérie (1379).

Une fois pour bassin vicié par suite d'hémiplégie infantile. Mère et enfant vivants (1498).

Une fois pour bassin rétréci (1514). Enfant et mère vivants.

Deux fois, l'opération césarienne fut itérative : une fois pour bassin aplati (2107) et une fois pour bassin coxalgique (1265). Enfants et mères vivants.

3 fois la césarienne classique fut pratiquée pour hémorragie grave par insertion vicieuse du placenta avec col et segment inférieur ne permettant pas les manœuvres par voie basse.

Une mère est morte 36 heures après de péritonite septique suraiguë et un enfant était mort avant l'opération.

La *Césarienne supra symphysaire* fut toujours pratiquée après l'épreuve du travail. Sur 10 opérations, nous avons 9 femmes sorties guéries. Une musulmane emportée par sa famille dans un état grave qui mourut dix jours après. Un enfant mourut au cours de l'opération pour procidence du cordon (les bruits du cœur étaient perçus avant l'incision de la peau.

Observation 1310. — Européenne 33 ans, primipare. Bassin asymétrique, luxation coxo-fémorale bi-latérale. Garçon vivant.

Observation 1398. — Européenne 18 ans, primipare. Bassin infantile. Pas de stérilisation. Fille vivante.

Observation 1419. — Européenne 31 ans, primipare. Bassin transversalement rétréci. Garçon vivant.

Observation 1462. — Musulmane 19 ans, primipare. Septicémie. Emportée par sa famille dans un état désespéré. Fille vivante.

Observation 1592. — Européenne 36 ans, primipare. Bassin généralement rétréci. Fille vivante.

Observation 1737. — Européenne 22 ans, primipare. Bassin rétréci. Garçon vivant.

Observation 1807. — Européenne 21 ans, primipare. Bassin généralement rétréci. Fille vivante.

Observation 1846. — Européenne 20 ans, primipare. Bassin rétréci. Procidence du cordon. Fille mort-née.

Observation 2035. — Européenne 25 ans, primipare. Bassin rétréci. Fille vivante.

Observation 2077. — Européenne 23 ans, primipare. Bassin rétréci. Garçon vivant.

c) **Colpotomie :**

La colpotomie, selon les indications habituelles du service, c'est-à-dire dans le cas de pelvi-péritonite suppurée avec collection rétro-utérine sans coexistence de pyosalpinx, a été pratiquée 5 fois.

4 fois après l'avortement et une fois après l'accouchement : 5 guérisons (obs. 1330, 1350, 1530, 1567, 1779).

Une fois, à la colpotomie s'ajouta le drainage sus-pubien pour péritonite généralisée post-partum pratiquée au 15^e jour des suites de couches. L'accouchement s'était accompagné d'une application de forceps et de délivrance artificielle. Guérison.

d) **Episiotomie :**

L'épisiotomie fut pratiquée 36 fois unilatérale (obs. 1209, 1226, 1253, 1311, 1319, 1329, 1367, 1407, 1431, 1437, 1438, 1457, 1497, 1501, 1646, 1663, 1686, 1729, 1736, 1761, 1761, 1765, 1788, 1830, 1831, 1841, 1843, 1861, 1885, 1911, 1965, 2006, 2033, 2117, 2124, 2134).

Et une fois bilatérale (1471).

e) **Basiotripsie.**

La basiotripsie sur enfant mort fut pratiquée 9 fois sur tête première (Observ. 1203, 1333, 1375, 1444, 1466, 1523, 2002, 2152 et 2279).

3 fois sur tête dernière (Obs. 1664, 1186 et 1230).

2 fois pour terminer une extraction du siège (Obs. 1186 et 1664).

et une fois après version pour présentation de l'épaule sur le deuxième fœtus d'une grossesse gémellaire (Obs. 1230).

Dans 7 cas, les suites de cette intervention furent excellentes (Obs. 1186, 1230, 1444, 1523, 1664, 2002 et 2279).

Dans 4 cas, les suites furent fébriles mais il y eut guérison (Obs. 1203, 1333, 1375 et 2152).

Dans un seul cas (Obs. 1446) la mère mourut peu après en état de choc : il s'agissait d'un fœtus macéré.

f) **Forceps :**

Nous diviserons cette étude en trois parties :

- a) Forceps au Déroit Supérieur;
- b) Forceps dans l'Excavation;
- c) Forceps à la Vulve.

a) *Forceps au Déroit Supérieur :*

8 observations (1207, 1209, 1317, 1438, 1444, 2002, 2021 et 2134).

<i>Enfants</i> vivants.	4
» morts pendant l'accouchement.	1
» morts ultérieurement.	1
Basiotripsie après forceps sans résultat	2

Dans 7 cas, les suites furent bonnes pour la mère, dans un cas elles furent fébriles.

b) *Forceps dans l'excavation :*

56 observations.

<i>Enfants</i> vivants.	48
» morts pendant l'accouchement.	4
» morts ultérieurement.	1
Basiotripsie.	3

<i>Mères</i> : suites bonnes.....	36
suites fébriles.....	18
Etat grave.....	1
Mort.	1

c) *Forceps à la Vulve* :

15 observations.

<i>Enfants</i> vivants.....	14
» morts avant le début du travail.....	1
<i>Mères</i> : suites bonnes.....	12
suites fébriles.....	3

Nous devons signaler que dans 3 observations, il s'agissait de grossesses gémellaires dans lesquelles l'application de forceps fut faite sur le premier fœtus (2177) ou sur le deuxième (1998, 2173).

Le forceps employé, en général, fut le forceps de Tarnier; dans 2 cas on se servit du forceps de Demelin (1317 D. S. et 1649, excavation).

g) **Délivrance artificielle** :

37 observations.

Dans 18 cas suites simples (1182, 1211, 1246, 1360, 1390, 1444, 1505, 1664, 1674, 1710, 1808, 1978, 1997, 1998, 2024, 2119, 2123, et 2184).

Dans 7 cas suites fébriles (1186, 1222, 1232, 1247, 1325, 1333, 1363, 1375, 1416, 1417, 1647, 1649, 1684, 1761, 1907, 2152 et 2112).

Dans un cas, état grave de la mère. Guérison (2177).

Dans un cas enfin (1280), mort de la mère par hémorragie due à un placenta proevia central.

Section Gynécologique de la Salle Dubois

Depuis la création de la Consultation de Gynécologie, un certain nombre de lits de la Salle Dubois ont été affectés à des malades atteintes d'affections gynécologiques dont les cas nécessitent l'hospitalisation soit pour traitement médical, soit pour intervention chirurgicale.

Observation 1277. — Européenne 31 ans. Laparotomie sus- et sous-ombilicale pour disjonction des grands droits. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches, ainsi que de l'appendice iléo-coecal.

Observation 1278. — Européenne 37 ans. Laparotomie médiane montre gros utérus avec noyau fibromateux. Hystéropexie pour prolapsus utérin. Myorraphie pour déchirure ancienne.

Observation 1279. — Européenne 20 ans. Laparotomie médiane plus ligamentopexie pour rétroversion utérine et annexite bi-latérale récente post-abortum chez une syphilitique.

Observation 1916. — Européenne 33 ans, multipare. Laparotomie pour tumeur solide de la paroi abdominale.

Observation 2054. — Européenne 25 ans. Laparotomie pour fibrome proevia chez une femme à terme. Hystérectomie sub-totale. Fille macérée.

Observation 2147. — Européenne 36 ans, multipare. Laparotomie pour grossesse extra-utérine. Ovariectomie.

Observation 2174. — Européenne 41 ans. Laparotomie pour tumeur de l'ovaire.

Observation 1185. — Musulmane 25 ans. Ovariectomie pour ostéomalacie.

Observation 1698. — Européenne 33 ans. Laparotomie pour ovaires kystiques. Hystéropexie.

Observation 2086. — Européenne 25 ans. Laparotomie pour ablation de 2 kystes ovariens.

Observation 1688. — Européenne 43 ans. Laparotomie médiane pour ovarite scléro-kystique et appendicite.

Observation 2176. — Musulmane 35 ans. Laparotomie pour salpingite suppurée. Hystérectomie sub-totale (procédé américain).

Observation 1700. — Européenne 28 ans. Salpingite bi-latérale suppurée du côté gauche. Hystérectomie sub-totale.

Observation 1957. — Européenne 24 ans. Salpingite bi-latérale suppurée du côté gauche. Hystérectomie. Mickulicz. Guérison .

Observation 2082. — Européenne 35 ans. Métrosalpingite double. Hystérectomie.

Observation 1392. — Européenne 26 ans. Résection d'une hernie développée au niveau d'une ancienne cicatrice de laparotomie.

Observation 1399. — Européenne 35 ans. Résection d'une tumeur cutanée consécutive à la radiothérapie.

Observation 1411. — Européenne 29 ans. Hystéropexie (procédé de Doléris) pour rétroversion utérine.

Observation 1725. — Européenne 27 ans. Périnéorraphie pour prolapsus génital.

Observation 1913. — Européenne 22 ans. Péri-

néorrhaphie pour déchirure intéressant le sphincter anal.

Observation 1993. — Européenne 25 ans. Périnéorrhaphie.

Observation 2170. — Européenne 44 ans. Périnéorrhaphie.

Observation 2068. — Européenne 56 ans. Prolapsus utérin. Cloisonnement du vagin. Colpectomie par le procédé de MULLER.

Sept observations d'appendicectomie sont à noter: 1410, 1788, 1800, 1898, 2030, 2034, 2231, dont les suites furent favorables pour toutes. L'une (2034) intéressait une femme gravide.

B. — PAVILLON TARNIER

Le mouvement général du Pavillon Tarnier, service d'isolement de la Maternité d'Alger, pendant l'année 1927 se décompose de la façon suivante :

Entrées. 410

a) Venant de la ville: 361.

b) Venant de la Maternité: 49.

Ces 410 malades se répartissent comme suit :

a) Infections puerpérales : 94.

dont: 62 venant de la Ville.

32 venant de la Maternité.

b) Avortements (simples et compliqués): 255.

c) Maladies infectieuses au cours de la *puerpéralité*: 27.

d) Affections gynécologiques: 22.

e) Auto-intoxications gravidiques: 12.

Il a été pratiqué 155 interventions, dont :

107 curettages utérins.

38 curages digitaux de l'utérus.

7 colpotomies.

3 laparotomies.

Il s'est produit dans le service, pendant l'année 1927, un total de 21 *décès*.

Les chiffres de cette statistique nécessitent quelques commentaires.

1. *Entrées*. — Le nombre total des entrées pendant l'année 1927 est en augmentation de 61 sur celui de l'année 1926. Le nombre des malades évacuées de la Maternité est également supérieur à celui de l'année précédente de 28 unités. Mais il faut tenir compte que parmi les malades venant

de la Maternité, un assez grand nombre, suspectes d'infection dès leur admission, n'ont fait que traverser le service d'accouchement sans y séjourner.

2. *Avortements.* — Le chiffre des malades admises pour avortement, simple ou compliqué, est également en augmentation de 37 unités. Ces chiffres ne peuvent donner une idée exacte de la situation à Alger, car nous ne voyons au service d'isolement que les femmes ayant présenté des accidents hémorragiques ou infectieux post-abortum. Le chiffre des avortements *provoqués* est difficile à déterminer, mais il apparaît que les fausses-couches provoquées sont plus fréquentes que les fausses-couches spontanées.

3. *Infections puerpérales.* — Le nombre des malades admises pour infection puerpérale est supérieur de 30 cas à celui de 1926.

Les infections post-partum (55 cas) sont plus fréquentes que les infections post-abortum (39 cas).

Les cas d'infection post-partum venant de la Maternité sont au nombre de 32, en augmentation de 11 sur l'année précédente. *Mais parmi ces 32 malades, la moitié, exactement étaient entrées en travail, quelquefois depuis plusieurs jours, dans le service d'accouchement.* En fait, 16 femmes seules sur 698 entrantes à la Maternité et suivies dans les services avant leur accouchement, ont dû être isolées.

L'infection puerpérale à forme septicémique (hémocultures positives) est encore très fréquente (10 cas), parmi les accouchées venant de la ville.

L'infection puerpérale est la principale cause des décès survenus dans le service : 15 morts sur 21 sont dues à ce facteur.

4. *Maladies infectieuses ou contagieuses* au cours de la puerpéralité. — Sous cette rubrique, nous comprenons :

3 cas de tuberculose pulmonaire au cours de la gestation.

12 cas de paludisme pendant la puerpéralité.

10 cas de colibacillose gravidique.

2 cas de tétanos post-abortum.

5. *Affections gynécologiques.* — Parmi celles-ci nous comptons 5 cas de gestations ectopiques.

6. *Décès.* — Nous avons eu à enregistrer 14 décès de plus qu'en 1926.

Parmi ces 21 décès, 15, nous l'avons dit, sont dus aux différentes formes de l'infection puerpérale. Les autres relèvent des causes suivantes :

Tétanos post-abortum : 2.

Tuberculose pulmonaire : 2.

Cardiopathie : 1.

Pyélonéphrite gravidique : 1 (il s'agissait d'une malade entrée dans un état désespéré et décédée le lendemain de son arrivée).

Aucune des malades mortes d'infection puerpérale n'avait séjourné dans le service de la Maternité avant son accouchement. Il s'agissait toujours dans ces cas de femmes venues dans le service pendant le travail, en pleine dystocie ou en période d'accidents. Ce chiffre de 21 décès ne représente sans doute pas la stricte réalité, un petit nombre de malades ayant été emmenées par leur famille dans un état désespéré.

Nous allons maintenant discuter sur des chiffres plus précis l'activité de ce service d'isolement, en ce qui concerne plus particulièrement les avortements venus de la ville.

Avortements venus de la Ville

Comme son nom l'indique, ce service est destiné à recevoir les malades venant de la ville ou évacuées de la salle Dubois, et dont l'état présente un danger pour les autres femmes, gestantes ou accouchées, hospitalisées dans cette salle.

En outre, nous y trouvons avec une certaine fréquence les grossesses extra-utérines venues à Tarnier sur une erreur de diagnostic. Nous y trouvons donc en grand nombre les femmes qui ont été dirigées sur l'hôpital soit à la suite d'un avortement, soit pour des suites de couches pathologiques.

Nous ne rapporterons donc dans ce chapitre que les avortements ayant eu lieu hors de l'hôpital et nous renvoyons les lecteurs au chapitre relatif à l'avortement dans le service d'accouchement dans lequel nous avons déjà traité des avortements thérapeutiques ou spontanés qui ont eu lieu dans le service.

Comme il sera possible de s'en rendre compte d'après les chiffres cités plus haut, la proportion relative des avortements précoces (premier, deuxième et troisième mois) par rapport aux avortements tardifs (quatrième, cinquième et sixième mois) nettement en faveur de ces derniers dans la statistique des interruptions de grossesse ayant eu lieu chez des malades hospitalisées, est inversée de façon manifeste chez les malades venues de la ville. Nous constatons que les avortements tardifs avoués provoqués ou dits spontanés sont au nombre de quatorze contre cent soixante-onze interruptions de grossesse provoquées ou dites spontanées au cours du premier trimestre de la gestation.

Nous adoptons ici le terme « dit spontané » en raison de la suspicion légitime que l'on peut avoir vis-à-vis des dénégations plus ou moins formelles des malades. Quoique la syphilis soit fréquente en Algérie et qu'elle soit une des causes les plus importantes de l'avortement, la proportion des avortements dits spontanés précoces (120) par rapport aux avortements avoués provoqués précoces (51) nous semble trop importante pour être admise sans discussion.

Avortements avoués provoqués:

Précoces	51.
Tardifs	4.

Sur ce nombre, huit ont provoqué la mort de la femme (1364, 1524, 1801, 1817, 1893, 1933, 2085, 2098). Une femme sur sept meurt donc des suites de l'avortement provoqué.

Avortements dits spontanés:

Précoces	190.
----------	------

La cause probable de l'interruption de la grossesse ne peut être décelée que dans un nombre de cas extrêmement réduit. En effet, nous trouvons la syphilis dans deux cas (1543 et 1622), le paludisme dans deux cas (1731 et 1831), une rétroversion utérine dans un cas (1868).

Tardifs	10.
---------	-----

La cause ne peut être décelée que dans un cas: typhoïde (1776):

Une seule malade mourut (1349) en raison d'un syndrome péritonéal consécutif à l'avortement.

Le petit nombre de cas où il est possible de mettre en évidence l'origine de l'interruption prématurée de la grossesse vient à l'appui de ce que

nous avons déjà dit : malgré les dénégations toujours formelles de ces malades, on est autorisé à penser que des manœuvres abortives ont été pratiquées. Quoiqu'il en soit, nous pouvons constater que sur 55 avortements avoués provoqués, huit se terminèrent par la mort de la mère.

Nous avons vu plus haut (avortements ayant eu lieu dans le Service) que sur 44 observations, un seul cas fut suivi de décès.

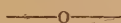
Affections Mammaires

Nous pouvons diviser ces cas en deux grandes catégories :

a) Les lymphangites traitées par compression et applications de compresses humides chaudes et injection de vaccin, au nombre de 17 (1220, 1221, 1224, 1227, 1236, 1371, 1377, 1553, 1590, 1640, 1673, 1790, 1802, 1884, 1972, 1974, 2261).

b) Les abcès proprement dits traités par incision et drainage dont nous avons pu relever 7 observations (1532, 1536, 1673, 1707, 1777, 1798 et 2066).

TROISIEME PARTIE



SERVICES ANNEXES





CHAPITRE I

Laboratoire

Dans sa leçon inaugurale faite au Grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le 20 Janvier 1927, notre Maître, M. le professeur LAFFONT, a insisté tout particulièrement sur la nécessité de la liaison de la clinique et du laboratoire.

Nous ne saurions rapporter, dans ce modeste travail les phrases qu'il prononçait alors, il nous faudrait les rappeler en entier sous peine de diminuer leur intérêt.

Il s'est efforcé de mettre à exécution les projets qui devaient faire du Laboratoire de la Clinique obstétricale un des plus vivants de la Faculté d'Alger par l'étendue de ses attributions et l'ampleur de ses recherches.

Il comprend un Laboratoire de microbiologie et de sérologie, un laboratoire de chimie et une annexe où s'amorcent certains travaux d'anatomie pathologique. Il est dirigé par un chef de Laboratoire aidé d'assistants bénévoles.

Sans cesse en voie de perfectionnements, muni d'un outillage qui s'accroît tous les jours un peu, il permet de pratiquer tous examens nécessaires pour les femmes en couches ou pour les malades hospitalisées au Pavillon Tarnier.

Son rôle est aussi très important en ce qui concerne le dépistage de la syphilis, de la tuberculose, de la gonococcie, toutes choses pour lesquelles il est en liaison constante avec les différentes consultations.

Nous ne pouvons que mentionner les analyses pratiquées avant toute intervention chirurgicale, les examens de sang, les analyses d'urines, les préparations d'auto-vaccins, etc... qui ne sont, certes pas, le territoire dans lequel son activité se manifeste le moins.

Signalons aussi, pour mémoire, certaines recherches originales qui doivent faire l'objet de thèses inaugurales de plusieurs de nos Camarades.

L'activité de ce Laboratoire qui n'a cessé de croître, est appelé à prendre une importance toujours plus considérable. Mais cet avenir brillant qui lui est réservé est subordonné à la mise en œuvre de moyens de travail qu'il ne possède malheureusement pas encore: personnel subalterne compétent suffisamment nombreux, appareillage moderne au complet, animaux d'expérience, etc...

CHAPITRE II

Enseignement

Il se conçoit aisément combien cette organisation complexe de la Maternité d'Alger est précieuse pour l'Etudiant en médecine et les élèves sage-femmes.

Nous ne parlerons point de l'enseignement pratique qui est assuré journellement par des visites au lit de la malade, par la présence aux salles de travail et d'opération: la diversité des cas énumérés au cours de cette thèse en montre la richesse.

L'enseignement théorique est assuré par nos Maîtres. Cet enseignement est suivi par tous les étudiants en médecine au cours d'un stage de plusieurs mois, par les élèves sage-femmes, enfin par les élèves infirmières visiteuses de l'hôpital Parnet.

Il existe aussi des cours de perfectionnement, en particulier pour les médecins de colonisation.

Signalons le musée, la projection de films cinématographiques, tous moyens matériels ou modernes qui contribuent à former le cadre nécessaire aux leçons de nos Maîtres.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous pouvons conclure que le développement de la Maternité d'Alger se poursuit régulièrement.

En ce qui concerne les Services Extérieurs, les chiffres sont passés :

pour la consultation des femmes enceintes et de gynécologie de 3.000 en 1926 à 4.525 en 1927;

pour la consultation des nourrissons de 472 en 1926 à 1887 en 1927. ✓

Rendons justice au Service Social qui a puissamment aidé à cet accroissement.

L'utilité de la Consultation des Femmes Enceintes a été démontrée par la mortalité nulle chez les femmes venues accoucher dans le Service et qui avaient suivi régulièrement cette consultation.

Par contre, tous les décès enregistrés pendant cette année doivent être rapportés à des femmes entrées dans le service au moment du travail ou pour une infection post-partum ou post-abortum.

Notre devoir est de signaler ici la discordance entre le nombre sans cesse et rapidement croissant des étudiants et des élèves sage-femmes et l'augmentation relativement faible des malades du Service intérieur.

Cette disproportion doit inévitablement faire craindre le danger que pourrait courir, dans un avenir plus ou moins éloigné, l'Enseignement pratique qui est un des buts les plus utiles poursuivis à la Maternité.

Quels sont à notre sens les moyens les meilleurs qui doivent être mis en œuvre pour parer à cette situation ?

Ce sont :

L'augmentation du nombre des lits, l'amélioration générale du confort, la substitution de petites chambres aux grandes salles, la séparation dans la mesure du possible des hospitalisées Européennes et Musulmanes, etc....

D'autre part, l'Assistance Sociale à la Maternité (l'Œuvre de la Maternité) et au dehors les visites à domicile par les infirmières visiteuses qui suivent les gestantes, les mères et leurs nourrissons, sont autant de liens qui contribueront à entraîner les indigentes dans le Service.

L'accouchement subventionné en ville dans le monde indigent aboutit à des dépenses considérables et n'offre aucune garantie aux malheureuses qui accouchent dans leur demeure sordide. Cet accouchement à domicile chez l'indigent est une œuvre d'Assistance difficile qu'il faut, de plus en plus, remplacer par l'accouchement à l'hôpital : l'accouchement est une *opération*.

Les plus élémentaires précautions ne peuvent être prises dans les conditions où vivent un grand nombre de ces accouchées ; cet accouchement à domicile est dangereux et même criminel dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques.

Il faut donc éviter la dispersion des efforts, et, pour cela, centraliser à Alger, en une seule Maternité tous les services obstétricaux et de puériculture.

Au point de vue des accouchements, seuls les services d'une Maternité bien organisée peuvent donner, à tous points de vue, le maximum de garantie aux mères indigentes.

Pour résumer notre étude sous une forme succincte, nous terminerons par les conclusions suivantes :

1° L'accouchement des indigents en ville entraîne une mortalité considérable (en 1927, 21 femmes appartenant à cette catégorie ont été admises et sont mortes à la Maternité);

2° L'accouchement à la Maternité présente des garanties considérables pour la mère et pour l'enfant ; pas de décès en 1927 sur 494 accouchements ;

3° Il est indispensable d'assurer une assistance plus immédiate pour l'indigente qui a recours à la Maternité (Œuvre de la Maternité);

4° Les dépenses sont diminuées du fait de l'absence de complications chez les femmes accouchées à la Maternité.

Les dépenses sont augmentées chez les indigentes accouchées en ville du fait de suites de couches prolongées, pathologiques et quelquefois mortelles;

5° L'augmentation de l'effectif du service intérieur doit permettre l'exécution de travaux originaux et de recherches scientifiques (en 1927 ont été faites, entre autres, des études sur la stérilité à Alger, sur la ligature de la veine cave inférieure dans l'infection puerpérale, sur le diagnostic de la grossesse extra-utérine, sur le dépistage et le traitement de la syphilis, sur la Puériculture, sur la césarienne supra-symphysaire, etc...).

6° Cet accroissement du nombre des hospitalisées rendra les services les plus grands et les plus indispensables à l'enseignement des Etudiants en Médecine et des Elèves Sage-femmes, but dont l'importance ne saurait être négligée en Afrique du Nord.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE. — SERVICE EXTÉRIEUR	
CHAPITRE I. — Consultations des femmes enceintes et de gynécologie.	17
CHAPITRE II. — Consultation des nourris- sons	22
CHAPITRE III. — Service social	24
DEUXIÈME PARTIE. — SERVICE INTÉRIEUR	
a) <i>Salle Dubois et Annexes.</i>	
CHAPITRE I. — Accouchements	29
CHAPITRE II. — Mort du Fœtus	35
CHAPITRE III. — Avortements dans le Ser- vice	39
CHAPITRE IV. — Gestations ectopiques	42
CHAPITRE V. — Complications de la Ges- tation	43
CHAPITRE VI. — Complications de la Partu- rition	49
CHAPITRE VII. — Complications de la déli- vrance	51
CHAPITRE VIII. — Opérations	54
b) <i>Pavillon Tarnier</i>	
TROISIÈME PARTIE. — SERVICES ANNEXES	
CHAPITRE I. — Laboratoire	73
CHAPITRE II. — Enseignement	75
CONCLUSIONS	77

Vu :

Le Président de Thèse,

LAFFONT.

Vu :

Le Doyen,

ARDIN-DELTEIL.

. Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 14 Juin 1929.

Le Recteur de l'Académie d'Alger,

TAILLIART.

